Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über die inneren Beziehungen zwischen Paralysis agitans und den bei ihr vorkommenden Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Waldemar Andree

aus Hamburg.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über die inneren Beziehungen zwischen Paralysis agitans und den bei ihr vorkommenden Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Waldemar Andree

aus Hamburg.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 55.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**

z. Z. Dekan.

Meiner Mutter.
Dem Andenken meines Vaters!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0010

Die Paralysis agitans oder Parkinsonsche Krankheit — so benannt nach dem Londoner Parkinson, der die Erkrankung 1807 zuerst beschrieb — ist vor vielen Krankheiten dadurch ausgezeichnet, daß ihr Erkennen meist keine großen Schwierigkeiten macht. Und zwar beruht die relativ leichte Diagnose auf den äußeren Erscheinungen, die die Erkrankung hervorrufen und die uns mit ziemlicher Sicherheit erkennen lassen, daß die Patienten an Paralysis agitans erkrankt sind. Welches ist nun der Grund für die unschwere Diagnose der Schüttellähmung, wie man das Krankheitsbild auch genannt hat?

Der äußerlich schon sichtbare, charakteristische Symptomenkomplex, der nach Oppenheim durch folgende Erscheinungen ausgezeichnet ist:

1. durch ein Zittern, beginnend an einer Hand,
2. durch eine dauernde Spannung der Muskulatur, welche eine eigentümliche Haltung des Kopfes, des Rumpfes und der Gliedmaßen bedingt,
3. durch eine Erschwerung und Verlangsamung der aktiven Bewegungen,
4. durch eine eigentümliche Modifizierung des Ganges.

Das ist das gewöhnliche. Es sind jedoch auch Fälle beschrieben, die nicht alle diese charakteristischen Symptome aufweisen und die dann zu einer Erschwerung in der Diagnose führen.

So führte Bendix einen Fall von Parkinson'scher Krankheit an, bei der das charakteristischste Zeichen, der Tremor, fehlte und die er daher Paralysis agitans sine agitatione benannte. Es lag jedoch auch hier nicht eine absolute Erschwerung in der Diagnose vor, da die anderen Zeichen — Vorwärtsgebeugtsein des Kopfes und Rumpfes, typische Haltung der Hände und Arme, Muskelrigidität, fehlen jeglichen Mienenspiels und der dadurch bedingte maskenartige Ausdruck des Gesichts — mit Sicherheit erkennen ließen, daß es sich um eine Paralysis agitans handelte.

So wenig Schwierigkeiten in den meisten Fällen die Diagnostizierung macht, um so schwerer ist die Antwort auf die Frage: wie entsteht die Parkinson'sche Krankheit, welches ist die Ursache und das auslösende Moment?

Während einige Autoren der Heredität eine Rolle bei der Entstehung zusprechen, wird diese wieder von anderen nur als sehr unbedeutend hingestellt.

Mendel glaubt, an Hand von mehreren Krankheitsfällen, daß die Paralysis agitans besonders häufig vorkommen kann in langlebigen, als »gesund« zu bezeichnenden Familien. Im Großen und Ganzen ist der Heredität doch wohl eine größere Beziehung zur Schüttellähmung nicht beizumessen. Weit wichtiger ist die Frage über den Zusammenhang zwischen ihr und starken Gemütsbewegungen, die in vielen Krankengeschichten wiederkehren und die auch in den von uns zu besprechenden drei Fällen eine Rolle spielen. So rufen meist eine Aufregung, eine seelische Gemütsbewegung oder auch ein Trauma bezw. die damit verbundene Aufregung eine Verschlimmerung der Paralysis agitans hervor. Oder die Gemütsbewegung läßt die Schüttellähmung, die früher bestand und durch Behandlung besser wurde, neu aufflakern. Hierfür scheint mir unser erster Fall beweisend zu sein. Ich führe daher die beiden Krankengeschichten der an Paralysis agitans erkrankten Frau M. B. an:

Patientin ist 59 Jahre alt, verwittwet.

1. Aufnahme: 18. August 1915.

Kommt allein zur Aufnahme. Ruhig zur Abteilung.

Größe 1,63 m. Gewicht 43 kg. Temperatur 37 Gr.

Keine Heredität. Als Kind und junges Mädchen viel kränklich, außer Rachenbräune (Diphtheritis?) nie ernstlich krank. Menses regelmäßig, sistieren seit dem 48. Jahr. Verheiratet seit dem 46. Jahr. Keine Kinder, kein Umschlag.

Beginn der jetzigen Erkrankung vor ca. $2^1/_2$ Jahren mit plötzlich einsetzenden, intensiven Rückenschmerzen in der Kreuzgegend. Schmerzen waren kaum zu ertragen. Konnte in den ersten Tagen nach Einsetzen der Schmerzen nur noch mit Mühe gehen, hatte aber immer das Gefühl, als wenn sie nach hinten übergezogen würde. Wurde »ganz steif« vor Schmerzen. Schließlich nahmen die Schmerzen so zu, daß die Patientin laut schreien mußte und noch abends spät ein Arzt geholt wurde, der Morphium-Injektion machte (stundenlanges Erbrechen nach Injektion).

Diese heftigen Rückenschmerzen bestanden im ganzen nicht viel länger als eine Woche. Danach stellten sich allmählich eine Schwäche im rechten Bein und Zittern im rechten Arm ein. Die ersten drei Zehen des rechten Fußes sollen zeitweise krampfhaft plantarflekriert, »nach unten herumgekrochen«, sein. Bald darauf Steifigkeit der rechten Hand, dritter und vierter Finger wurden steif, »krochen einer unter den andern.« Zittern im rechten Bein erst seit einem Jahr. Schmerzen im rechten Arm und Bein erst seit Februar d. J., seit März auch im linken Oberschenkel. Nie Blasenstörung, nie Kopfschmerzen.

Wurde im Oktober 1914 in der medizinischen Klinik mit elektrischen Bädern behandelt, ohne Besserung zu erzielen. Seit Februar oder März d. J. bedeutende Erschwerung des Gehens; krabbelte noch mit Mühe herum, kam aber im Haushalt mit nichts von der Stelle. Gab Besorgung des Haushalts dann auf. Seit März zunehmende Verschlimmerung, größere Schwäche, stärkere Schmerzen. Seit Oktober 14 zeitweise Schmerzen im rechten und linken Fußgelenk, namentlich nach Bewegungen. Seit einem Jahr stärkere Abmagerung.

Vor 5—6 Jahren zeitweise auftretende, anfallsweise einsetzende Magenschmerzen, die in den letzten vier Jahren nicht mehr auftraten. Im Frühling d. J. setzten heftige Schweiße ein, oft am ganzen Körper, später nur an Händen und Beinen. Vorübergehend sollen die Beine (ca. 8 Tage) geschwollen gewesen sein, vor ungefähr 4 Wochen.

Status somaticus:

Mittelkräftig gebaute Frau in stark reduziertem Ernährungszustand. Schlaffe, schlecht entwickelte Muskeln, welke, in Falten abhebbare Haut. Starrer Gesichtsausdruck.

Schädel nicht druckempfindlich.

Pupillen beiderseits nicht ganz rund, gleich, mittelweit.

Reflex auf Licht links prompt, rechts nicht sehr ausgiebig, träge.

Reaktion auf Convergenz beiderseits prompt.

Augenbewegungen frei.

Kein Nystagmus.

Trigeminus nicht empfindlich.

Facialis wird schwer innerviert. Links Spur mehr innerviert als rechts.

Nasolabialfalte rechts etwas verstrichen.

Rechter Mundwinkel hängt etwas. Beim Sprechen rechts und links gleichmäßig.

Zunge zittert, Spur nach links, rissig, nicht belegt.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Sprache ohne Besonderheiten.

Kein Struma.

Mechanische Muskelerregbarkeit: Idiomuskulatur-Kontraktionen.

Vasomotorisches Nachröten ohne Besonderheiten.

Motilität der Arme frei.

Ausgesprochene Rigidität der rechten Armmuskulatur.

Starkes paral. agit.-artiges Zittern rechts.

Passive Bewegungen im Ellenbogengelenk rechts schmerzhaft, links nicht.

Starke Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme beiderseits. Plexus ebenfalls.

Hyperhidrosis manuum, rechts stärker als links.

Beim Finger-Nasenversuch rechts deutliches Abweichen nach links, links Spur nach rechts.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden, rechts gleich links.

Rigidität beider unteren Extremitäten, rechts mehr als links.

Rechtes Bein kann gestreckt von der Unterlage um 40 Grad gehoben werden. Linkes Bein ebenso.

Knie-Hackenversuch beiderseits ziemlich sicher.

Passive Beugebewegungen beiderseits nicht schmerzhaft.

Lasségue links vorhanden, rechts nur in äußerster Stellung.

Große Nervenstämme druckempfindlich.

Kniephänomen beiderseits vorhanden, rechts gleich links.

Achilles beiderseits vorhanden, rechts gleich links.

Kein Oppenheim, keine Kloni.

Zehen plantar.

Hyperhidrosis peduum.

Bei Fußschluß im Stehen starkes Schwanken, auch ohne Lidschluß. Fallrichtung nach hinten, kann ohne Unterstützung nicht stehen und gehen.

Geht unterstützt mit etwas gekrümmten Knien, ziemlich kleine, vorsichtige Schritte unter starker Propulsion. Umdrehen auf einer Stelle nicht möglich. Patientin muß kleine Bogen beschreiben, um die entgegengesetzte Richtung einzuschlagen. Stillhalten im Gehen auf Befehl prompt möglich. Retropulsion beim Rückwärtsgehen.

Bauchdeckenreflex beiderseits vorhanden.

Wirbelsäule gerade. Starke Druckempfindlichkeit bei Beklopfen des untersten Brust- und obersten Lendenwirbels.

Pinselberührungen überall lokalisiert. Spitz und stumpf überall unterschieden. Schmerzempfindung ohne Besonderheit.

Lagegefühl nicht gestört.

Puls 102, regelmäßig, gleichmäßig.

Systolisches Geräusch über der Mitralis. Grenzen nicht erweitert.

Keine Akcentuation der zweiten Töne.

Pulmones und Abdomen ohne Besonderheiten.

Harn: Kein Eiweiß, kein Zucker.

Augenbefund (Prof. Oloff): beiderseits breite, tiefe, physiologische Exkavation des Sehnerven. Sonst ohne Besonderheiten.

27. VIII. 15. Bekommt warme Bäder, Skopolamin-Injektionen (tägl. 0,0002). Reichliche Kohlehydratzufuhr (Mastkur). Zeitweilige Klagen über heftige Schmerzen im rechten Fuß oder linken Oberschenkel. Somatisch bisher keine Veränderung.

9. IX. 15. Geringe Besserung. Nach langer Ruhe wird das Zittern im rechten Arm und Bein weniger. Patientin geht viel umher, darnach wird das Zittern plötzlich verstärkt. Bisher nur geringe Gewichtszunahme. Badet täglich, wird täglich massiert, ebenso passive Bewegungen geübt.

20. IX. 15. Erhält seit einigen Tagen Skopolamin in Pillen, weil sie nach den Injektionen so viel Beschwerden hat: Brechreiz, Schwindel. Klagt über häufigen Krampf im rechten Fuß. Die Zehen krampfen sich plantar zusammen, so daß Patientin nicht auftreten kann. Dieser schmerzhafte Krampf tritt in vollständiger Ruhelage auch auf, nicht nur nach längerem Gehen. Gewichtszunahme nur gering.

22. IX. 15. Patientin bittet um ihre Entlassung, da sie die Kosten für ihren Aufenthalt hier nicht mehr aufbringen kann. Hat die Pillen besser vertragen als die Injektionen, will sie zu Hause weiternehmen. Es besteht immer noch ein starkes paral.-agit.-artiges Zittern der rechten Extremität, weniger der linken. Gang sehr unsicher, zittrig. Ernährungszustand immer noch sehr dürftig, Aussehen elend. Wird entlassen.

2. Aufnahme: 8. Januar 1916.

Anamnese, von der Schwester: Patientin wurde im September 15 hier entlassen. Konnte erst noch etwas gehen. Besuchte ihren kranken Mann in der medizinischen Klinik. Verstauchte sich unterwegs den Fuß. Das Gehen wurde

langsam schlechter. Vier Wochen vor Weihnachten kam der Mann nach Hause. Patientin regte sich sehr darüber auf, Mann war sehr krank (Magenkrebs). Patientin konnte kaum mehr gehen, nur ganz wenig mit Unterstützung. Klagt viel über Schmerzen im rechten Arm und Bein. Rechter Arm war bald nach der Entlassung hier schon gelähmt. Kann seit 14 Tagen nicht mehr allein essen, kann nicht mehr recht fassen, auch den linken Arm nicht mehr nach dem Mund heben. Schlaf ist ganz gut, muß nur öfter aufstehen und Wasser lassen, kann sich dabei seit 4 Tagen nicht mehr allein helfen. Appetit gut. Wasserlassen sehr häufig, nur ganz wenig zur Zeit. Stuhlgang angehalten.

Kommt in Begleitung der Schwester zur Aufnahme, erkennt den Arzt, folgt willig zur Abteilung.

Gewicht 42,3 kg, Temperatur 37,6.

Erste Zeit nach der Entlassung von hier sei es verhältnismäßig gut gegangen, habe mit einiger Hilfeleistung einigermaßen fertig werden können zu Hause. Habe zuerst noch Pillen (Skopolamin) genommen, Rezept aber nicht mehr erneuern lassen. Mann sei sehr krank und in der Klinik gewesen. Als er wieder nach Hause gekommen sei, habe sie sich wohl durch die Pflege, die sie nur in ganz geringem Maße leisten konnte, überanstrengt. Alle Bewegungen, besonders das Gehen, seien viel schlechter geworden. Zeitweise Schmerzen im rechten Arm und Bein. Rechte Hand könne sie kaum noch gebrauchen, habe keine Kraft darin, könne nicht recht zufassen. Handgelenk sei steif. Im übrigen seien die Beschwerden und das Zittern ziemlich das gleiche wie bei der vorigen Aufnahme. Häufiger Harndrang, aber kein Einnässen, keine Mastdarmstörungen.

Status somaticus: Knochenbau mittelkräftig. Sehr stark reduzierter Ernährungszustand. Muskulatur schlaff. Haut blaß, welk, in Falten abhebbar.

Gesichtsausdruck starr.

Schädel auf Beklopfen nicht druckempfindlich.

Pupillen mittelweit, gleich weit, beiderseits Spur entrundet.

Reaktion auf Licht beiderseits vorhanden, rechts etwas träge, nicht ganz so ausgiebig wie links.

Reaktion auf Konvergenz beiderseits prompt.

Augenbewegungen frei.

Corneal- und Conjunktivalreflex beiderseits vorhanden.

Kein Nystagmus. Lidschluß regelrecht.

Trigeminus nicht empfindlich.

Innervation des Gesichts erfolgt etwas schwierig, links etwas leichter als rechts.

Rechte Nasolabialfalte etwas verstrichen.

Rechter Mundwinkel tiefer als linker. Beide Mundseiten werden beim Sprechen annähernd gleichmäßig bewegt.

Zunge Spur nach links, zittert, ziemlich trocken, etwas rissig.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Sprache ohne Besonderheiten.

Kein Struma.

Mechanische Muskelerregbarkeit und vasomotorisches Nachröten ohne Besonderheiten.

Motilität der Arme rechts beschränkt, links annähernd frei.

Armmuskulatur zeigt rechts deutlich ausgesprochene Rigidität, links weniger.

Passive Bewegungen sind rechts schmerzhaft. Keine Bewegungsbeschränktheit.

Ausgesprochen paral.-agit.-artiges Zittern, rechts mehr wie links.

Steifigkeit und mäßige Bewegungsbeschränkung im rechten Handgelenk, links Steifigkeit angedeutet.

Hyperhydrosis manuum, rechts mehr wie links.

Starke Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme und des ganzen Plexus.

Finger-Nasenversuch beiderseits unter Zittern annähernd sicher.

Reflexe der oberen Extremitäten rechts gleich links vorhanden.

Beine können, von der Unterlage gestreckt, um ca. 35—40 Grad gehoben werden.

Rigidität beiderseits, rechts mehr wie links.

Knie-Hackenversuch beiderseits ziemlich sicher.

Passive Bewegungen nicht schmerzhaft.

Lasségue links vorhanden, rechts kaum.

Große Nervenstämme druckempfindlich.

Kniephänomen beiderseits vorhanden, rechts gleich links.

Achillessehnenreflex ebenfalls.

Oppenheim beiderseits vorhanden.

Keine Kloni.

Zehen plantar.

Hyperhydrose peduum.

Kann ohne Unterstützung nicht stehen, starkes Schwanken bei Fußschluß, auch ohne Lidschluß. Geht mit kleinen trippelnden Schritten und etwas gekrümmten Knien unter ausgesprochener Propulsion. Innehalten im Gehen erfolgt auf Befehl prompt ohne Rückwärtsneigung. Umwenden auf einem Fleck nicht möglich.

Retropulsion beim Rückwärtsgehen.

Abdominalreflex beiderseits vorhanden.

Wirbelsäule gerade. Ausgesprochene Druck- und Klopfempfindlichkeit der zwei untersten Brustwirbel und des obersten Lendenwirbels.

Pinselberührungen lokalisiert. Spitz und stumpf unterschieden. Schmerzempfindung ohne Besonderheiten. Lagegefühl nicht gestört.

Puls regelmäßig, gleichmäßig, 102.

Arterie etwas rigide.

Systolisches Geräusch über der Mitralis. Grenzen nicht erweitert.

Keine Accentuation der Gefäßtöne.

Pulmones und Abdomen ohne Besonderheiten.

Harn frei von Eiweiß und Zucker.

Ordination: Skopolamin $^1/_2$ mgr täglich.

17. I. 16. Warme Bäder. Mastkur. Übungen. Zeitweise Klagen über Schmerzen im rechten Arm, vorüber gehend auch über Leibschmerzen. Objektiv kein Befund.

Somatisch kaum eine Änderung. Häufig Harndrang

Patientin ißt und schläft gut.

25. I. 16. Rigidität der Muskulatur etwas geringer. Zittern etwas geringer, aber noch ausgesprochen vorhanden

rechts mehr wie links. Hyperhydrosis etwas weniger stark. Motilität der Beine etwas freier, kann besser gehen. Stimmung gut. Sehr zufrieden und bescheiden.

10. II. 16. Zeitweise treten stärkere Schmerzen im rechten Arm auf. Rigidität noch vorhanden. Zittern in noch fast gleicher Stärke vorhanden, aber subjektiv besseres Befinden.

15. II. 16. Patientin wird auf Wunsch entlassen, ungeheilt.

Plötzliche Erkrankung ohne äußere Ursachen. Nach klinischer Behandlung in der Nervenklinik zu Kiel einige Besserung, wenn auch nicht wesentlich. Nach einem knappen halben Jahr starke Verschlimmerung durch Aufregung in der Familie, in diesem Falle schwere Erkrankung des Mannes, die eine neuerliche Aufnahme und Behandlung in hiesiger Klinik nötig machte.

Auch in dem zweiten unserer Krankheitsfälle sehen wir ähnliches, nur scheint hier eine äußere Ursache in näherem Zusammenhang mit dem direkten Beginn der Krankheit zu stehen, wenngleich geringe Vorboten, bestehend in Fliegen der Hände, die Vermutung aufkommen lassen, daß schon vor dem noch zu besprechenden Unfall die Krankheit angedeutet war.

Frau F. C., 61 Jahre alt, verwittwet.
Aufnahme: 10. Dezember 1915.
Kommt allein zur Aufnahme.
Größe 1,66 m. Gewicht 51 kg. Temperatur 36,8.

Anamnese: Kommt hierher, weil sie immer schwindlig sei, oft hinfalle, könne ihrem Geschäft, Handel mit Zwirn und Kleinkram, nicht mehr nachgehen. Habe bis zum 8. d. Mts. noch mit ihren Sachen gehandelt, sei dann gleich hingefallen, ganz ohne Besinnung gewesen. Man habe sie in ein Haus gebracht. Sie sei dann, als sie wieder bei sich war, allein nach Hause gegangen. Habe wohl öfter einen duseligen Kopf gehabt, aber sei nie so ohne Besinnung hingefallen. Im Mai 13 war Patientin in Kisland bei Bordesholm als Haushälterin, da habe es bei einem Ge-

witter in einem Haus eingeschlagen, das ganze Haus sei abgebrannt. Patientin sei wohl vom Blitze getroffen worden, besinnungslos hingefallen. Ein Knecht habe sie hinausgetragen, habe 3—4 Tage nachher noch besinnungslos dagelegen. Kam erst ganz langsam zur Besinnung. Seitdem sei sie am ganzen Körper so zittrig. Habe viel Kopfschmerzen. In der linken Seite steche es, als ob alles voller Nadeln sei. Linker Arm, linke Hand und Brustseite seien gefühllos. Im linken Bein fühle sie wieder. Es kribbele auf der ganzen linken Seite, als ob Ameisen laufen, rechts fühle sie nichts davon. Habe fast jeden Tag heftige Kopfschmerzen, wenn es gar so arg werde, werde sie schwindlig, so daß sie sich hinsetzen müsse. Könne keine Aufregung vertragen, Kopfschmerzen würden dann gleich ärger. Schlafen könne sie gut. Appetit sei nicht besonders. Nach Kaffe bekomme sie Herzklopfen. Im Sommer 15 habe sie erst ihren Handel angefangen, habe ganz gut verdient. Bald nach dem Unfall mit dem Gewitter sei sie hier in der Poliklinik gewesen. Habe Medizin und Milch bekommen, die ihr gut getan haben.

Patientin hat 2 Kinder gehabt, die aber klein gestorben sind. Von Heredität nichts bekannt.

Status somaticus:

Kräftiger Körperbau. Ziemlich dürftiger Ernährungszustand. Sehr vernachlässigter Körper. Pediculi capitis in großen Mengen.

Schädel angeblich empfindlich auf Beklopfen. Kleine Hautnarbe in der Mitte des Schädels.

Pupillen gleich weit, mittelweit, rund.

Reaktion auf Licht und Convergenz beiderseits prompt vorhanden.

Alte Hornhautnarben beiderseits. Catarakt. incip.

Augenbewegungen frei. Augenlider hängen etwas, rechts mehr wie links.

Gesicht symmetrisch innerviert.

Zunge gerade, nicht zittrig, etwas belegt. Sehr defektes Gebiß.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex vorhanden.

Motilität der Arme frei.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Grobschlägiger Tremor digitorum.

Muskulatur des linken Armes atrophisch. (Angeblich von Geburt an).

Große Nervenstämme angeblich stark druckempfindlich.

Kniephänomen vorhanden, ziemlich lebhaft beiderseits.

Achillessehnenreflex vorhanden.

Zehen plantar. Kein Oppenheim, kein Romberg.

Pinselberührungen werden angeblich auf der ganzen linken Seite nicht empfunden, spitz und stumpf angeblich nicht unterschieden.

Schmerzempfindung rechts ohne Besonderheit, links herabgesetzt.

Puls 78, regelmäßig.

Herztöne rein.

Lungen: reichlich trockene bronchitische Geräusche über beiden Lungen.

Abdomen ohne Besonderheiten.

15. XII. 15. Patientin klagt bei jeder Visite, wie schlecht es ihr draußen gegangen sei, daß sie öfter in Ohnmacht gefallen sei, auf der linken Seite garnicht fühlen könne, oft Kopfschmerzen habe. Im ganzen ziemlich zufrieden.

22. XII. 15. Steht nachmittags eine Stunde auf, unterhält sich mit anderen Patientinnen. Es gefalle ihr jetzt schon etwas besser. Hatte gestern und heute Erbrechen, behält aber Haferschleim bei sich. Schlief in den letzten Nächten weniger, sonst aber gut. Bronchitis besteht fort.

3. I. 16. Patientin fühlt sich viel wohler, ist ganz zufrieden, klagt zeitweise über Schwindel, vorübergehend über Magenschmerzen. Immer noch alte Bronchitis. Schlaf und Appetit im allgemeinen gut,

Augenbefund (Prof. O l o f f): Beiderseits alte Hornhautnarben. Cataracta incip. Pupillen beiderseits ohne Besonderheiten. Augenhintergrund nicht deutlich zu übersehen.

8. I. 16. Patientin steht einige Stunden auf, ist ganz guter Stimmung. Klagt öfter über Kopfschmerzen und Schwindel. Schlaf sehr wechselnd.

17. I. 16. Patientin hat noch viel Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, geht mitunter taumelig. Magenbeschwerden, Übelsein, bitterer Geschmack. Viel Husten. Keine Temperatursteigerung.

29. I. 16. Fühlt sich im ganzen wohler, steht vor- und nachmittags auf. Kopfschmerzen und Schwindelgefühl haben etwas nachgelassen.

18. II. 16. Seit gestern matt und elend. Starkes Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Allgemeines Übelbefinden, Appetitlosigkeit. Nachts schlecht geschlafen. Temperatur gestern abend 39 Gr, heute früh 38 Gr. Ausgedehnte bronchitische Geräusche über beiden Lungen.

23. II. 16. Temperatur wieder normal, fühlt sich wohler.

29. II. 16. Furunkel an der linken Wange. Klagen über Schmerzen. Leichte Schwellung der linken Tränendrüsengegend.

3. III. 16. Kein Fieber. Furunkel fast abgeheilt. Besseres Befinden, weniger Kopfschmerzen.

6. III. 16. Heitere Stimmung.

17. III. 16. Klagt ab und zu über Kopfschmerzen und Schwindel, hat öfter Erbrechen, steht tagsüber auf. Fühlt sich sonst wohl. Stimmung wechselnd.

30. III. 16. Häufig wechselnde Klagen über Schwindel, Kopf- und Rückenschmerzen, Schmerzen in den Beinen. Starker Tremor manuum, besonders rechts Pillendrehbewegungen. Psychisch ziemlich dement. Verlangt, ausgehen zu dürfen.

6. IV. 16. Ungeheilt nach Kropp überführt.

Auszug aus dem poliklinischen Journal 1909: Diagnose Trigeminuslähmung links.

Seit einem Monat Schmerzen in der ganzen linken Kopfseite, des Gesichts links, Ziehen bis in die linke Hand. Fliegen in beiden Händen. Es sei ganz von selbst ge-

kommen. Schmerzen dauernd, besonders wenn sie heiß werde. Mitunter sehr heftig. Sei invalide wegen Lungenleidens. Kann nicht lesen und schreiben.

Schädel nicht empfindlich.

Pupillen mittelweit, links weiter wie rechts, entrundet.

Reaktion auf Licht etwas träge. Reaktion auf Convergenz vorhanden. Rechter Bulbus weicht ab. Augenbewegungen frei, nur nach oben etwas beschränkt.

Conjunctivitis und Blepharitis beiderseits.

Conjunctival- und Cornealreflex beiderseits vorhanden.

Paradigmata schlecht behalten. Sprache verwaschen. Vibrieren.

Zunge gerade, zittert leicht.

Dynamometer rechts 25, links 15. Tremor manuum.

Pro- und Supination beiderseits sehr behindert (angeblich von Geburt), Daumen rechts in Beugestellung.

Gang sicher, kein Romberg.

Pinselberührungen im Gesicht links angeblich nicht gefühlt. Nadelstiche daselbst nicht schmerzhaft.

Angeblich sehr vergeßlich.

Auszug aus dem poliklinischen Journal 1910: Diagnose: Hysterie auf imbeciller Basis.

Patientin kommt wegen der Nerven, kann nichts anfassen, Löffel fliegen beim Essen. Stechen und Brennen im Blut. Schlafe schlecht, Gedächtnis gelitten. Auch in der Schule schon dämlich gewesen. Könne seit 1908 nicht mehr arbeiten wegen des Fliegens. Sei leicht aufgeregt. Keine Krämpfe, aber Schwindelanfälle 3–4 mal im Monat. Es werde dann dunkel vor den Augen. Keine Lähmungen, keine Infektion. Beide Augenlider hängen.

Reaktion auf Licht ziemlich prompt vorhanden.

Reaktion auf Convergenz vorhanden.

Augenbewegungen frei.

Dürftige Muskulatur. Defluvium capill. Beim Beklopfen des Kopfes druckempfindlich und Verstärkung eines auch so bestehenden Schütteltremors der rechten Hand. Unbedeutende Hautnarbe auf der Mitte des Scheitels, eine weitere am linken Jochbogen, letztere druckempfindlich.

Gesicht symmetrisch innerviert.

Oberkiefergegend eingesunken. Gebiß sehr defekt.

Zunge gerade, ruhig, etwas belegt. Rachenreflex sehr lebhaft.

Grobschlägiger Schütteltremor der Hände (Patientin läßt nach wenigen Minuten ermüdet die Arme sinken).

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Atrophie des linken Unterarmes.

14 cm über Olecranon links 25, rechts 25½ cm.

16 cm unter Olecranon links 18, rechts 20½ cm.

Länge des Armes vom Akromion bis Olecranon links 33,3, rechts 33,3 cm, vom Olecranon bis Ulna links 23, rechts 23,8 cm.

Handlänge links 13,2, rechts 13,5 cm.

Dynamometer links 25, rechts 35.

Große Nervenstämme der oberen Extremitäten stark druckempfindlich.

An der rechten Lungenspitze leichte Schallabschwächung Inspirium rechts hinten unten verschärft.

Bronchialatmen, zeitweise etwas Giemen. Keine Rasselgeräusche.

Herztöne dumpf, rein.

Keine Arteriosklerose. Puls 77, regelmäßig.

Kniereflexe lebhaft. Gang sicher. Kein Romberg.

Schütteln am Körper.

Sensibilität am linken Unterarm etwas abgeschwächt, sonst normal, auch im Gesicht.

Es scheint, als ob auch hier die Aufregung nach einem Brande das auslösende Moment für die Verschlimmerung gewesen ist, vielleicht auch das angebliche Getroffenwerden vom Blitz. Gleich nach dem Unfall begannen die typischen Symptome der Paralysis agitans, die nach klinischer Behandlung etwas besser wurden, dagegen bei jeglicher Aufregung eine deutliche Verschlimmerung erfahren, wie Patientin selbst angibt. Im übrigen zeigen die Krankengeschichten aus der medizinischen Klinik, daß Patientin schon lange ein labiles Nervensystem hat. Man stellte bei der

zweiten Aufnahme die Diagnose: Hysterie auf imbeciller Basis.

Wir wenden uns nun dem dritten unserer Krankheitsfälle zu und lassen gleich die Krankengeschichte der Frau M. S. folgen:

Frau M. S. ist 64 Jahre alt, verheiratet.

Aufnahme: 12. Juli 1916.

Anamnese vom Mann: Patientin sei vor 3 Jahren in die Poliklinik zur Untersuchung gekommen, habe Pillen bekommen. Sie sei seit 7 Jahren schon nervös, zittere schon seit der Zeit. An der linken Hand habe es angefangen, jetzt habe sie das Zittern am ganzen Körper, könne sich nicht mehr selbst helfen, müsse an- und ausgezogen werden. Patientin schwitze sehr stark. Seit etwa einem Monat redet sie wirres Zeug, sei eifersüchtig, meint, ihr Mann denke an andere Frauen. Deshalb bringe er sie auch in die Nervenklinik. Sie habe zu ihrer Tochter (einem vorehelichen Kind), die ca. 35 Jahre alt sei, gesagt, ihr Mann wolle sie um die Ecke bringen, streue Pulver in der Stube umher, sie könne es riechen, und er ließe morgens die Gashähne auf, wenn er sich etwas koche. Seine Frau könne ihm nichts mehr kochen, sei zu hilflos und seine Tochter sei verheiratet und wohne nicht mit ihnen zusammen. Der Mann meint, Patientin sei so lebensüberdrüssig, daß sie selbst dazu fähig sei, die Gashähne aufzudrehen. Sie sagte immer, sie möchte am liebsten auf dem Kirchhof schon begraben liegen.

Patientin ist seit 26 Jahren glücklich verheiratet, hat ehelich einen Sohn von 26 Jahren, der gesund sein soll. Einmal habe sie Umschlag gehabt, habe damals 18 Wochen krank gelegen (vor 22 Jahren). Keine luetische Infektion. 1901 habe Patientin große gelbe Flecken am Körper gehabt, im Gesicht, am linken Arm, am rechten Bein; der Arzt habe gesagt, das sei eine schlimme Krankheit, die mit den Nerven zusammenhänge. Seit 1900 hat Patientin keine Menses mehr, seien früher regelmäßig und ohne besondere Beschwerden gewesen. Habe in den Wechseljahren zweimal

wegen Schwäche ein halbes Jahr gelegen. Früher nie krank gewesen, nie Krämpfe. Als Kind Masern. Habe schwer gelernt in der Schule, könne kaum ihren Namen schreiben. Patientin könne jetzt gut schlafen; im Schlaf zittere sie auch nicht mehr. Wenn sie sich aufrege, werde das Zittern schlimmer. Guter Appetit; Verdauung in Ordnung. Über Heredität nichts bekannt.

Nach Angabe des Sohnes hat Patientin Berechtigung, eifersüchtig zu sein. Patientin rede klar, sei nur etwas verlangsamt im Denken. Gedächtnis habe seit 2 Jahren etwas nachgelassen Verfolgungsideen soll sie nicht haben. Das habe der Vater wohl angeben müssen, sonst habe er sie wohl nicht los werden können, sonst sei sie womöglich nicht aufgenommen worden. Die Mutter sei eine kranke Frau und habe sich darum doppelt aufgeregt, wenn der Mann wochenlang nicht nach Hause gekommen sei. Und was die Mutter gerochen habe, sei wohl ein starkes Damenparfüm gewesen. Etwas lebensüberdrüssig sei sie wohl durch ihre Krankheit und das viele Alleinsein geworden. Der Sohn ist auch verheiratet. Die Schuld, daß die Ehe jetzt unglücklich sei, liege ganz auf Seiten des Mannes.

Kommt weinend ins Untersuchungszimmer; meint, sie solle nun schon wieder fort und erklärt, lieber in ihrem Bett bleiben zu wollen.

Starkes Ruhezittern, besonders in den beiden Händen, das sich bei Erregung zu steigern scheint. Der Gang zeigt keine deutliche Pro- und Retropulsion.

Patientin ist 64 Jahre alt und erzählt spontan, sie habe »das Fliegen der Nerven« schon im 7. Jahr. Es habe in der rechten Hand angefangen. In der Poliklinik habe sie grüne Pillen bekommen, wenn sie die genommen habe, seien die Nerven ganz ruhig geworden; aber der Verstand sei dann auch fort gewesen und sie habe nicht mehr gewußt, was sie tue. Im Schlaf zittre sie auch nicht, Sie habe jetzt auch nur eigentlich in die Poliklinik gewollt doch wolle sie gern hierbleiben, wenn »das Fliegen« sich dann wieder gebe. Patientin fühlt sich ganz wohl hier und lobt das gute Essen.

Ihr Leiden habe sich seit Kriegsbeginn verschlimmert, vorher habe sie sich noch an- und ausziehen können, noch Betten machen und kochen können. Seit 1½ Jahren kann sie garnichts mehr machen, besonders der linke Arm mache ihr Beschwerden, Sie habe starke Schmerzen im linken Arm. Manchmal starkes Schwitzen. Schlaf und Verdauung gut.

Das Leiden habe sich verschlimmert aus Aufregung darüber, daß ihr Mann nicht zur Zeit nach Hause komme abends. In den letzten Tagen sei er nachts überhaupt nicht nach Hause gekommen. Patientin befürchtet, ihr Mann denke an andre Frauen, doch habe sie keinen Beweis dafür, sie sei ihm nie nachgegangen. Die Waschfrau habe ihr gesagt, alle 3 Gashähne ständen auf, ihr Mann habe wohl vergessen, sie zu schließen. Dann habe es einmal stark gerochen in ihrem Zimmer und sie habe ihre Nachbarin gefragt: »Es wird doch nichts hingestreut sein?« Sonst sei nichts gewesen und sie habe es sich so erklärt, daß der Rauch aus dem Schornstein des Bäckers nebenan in ihre Stube geschlagen sei. Aber ihr Mann wolle sie doch gern los sein; darum habe er sie auch hierher gebracht. Wenn er abends nach Hause käme, habe er kein Wort mehr mit ihr gesprochen und sich zu Bett gelegt. Sie habe einen sehr guten Mann gehabt und sei 26 Jahre lang glücklich verheiratet gewesen und nun sei alles aus, nur weil sie krank sei. Sie habe einen 26 Jahre alten Sohn und eine vorehelich geborene Tochter von 35 Jahren. Habe zweimal Umschlag gehabt. Keine luetische Infektion. Habe früher einmal große rote Flecke am Körper gehabt, der Arzt habe gesagt, das käme aus dem Blut. Im Alter von 40 Jahren habe sie ihre Periode verloren. Habe nie Krämpfe gehabt. Als Kind Masern. Häufig Magenschmerzen. In der Schule mäßig gelernt.

Fragen zur Intelligenzprüfung:

(Stadt?) Kiel.
(Haus?) —
(Jahr?) —
(Monat?) Richtig angegeben.

(Den wievielten?) 9. oder 10.

(Wochentag?) Richtig angegeben.

(Kiel am Wasser?) —

(Krieg mit wem?) England, Rußland, Frankreich, Italien und »ach, ich hab's gewußt, nun weiß ich's nicht mehr.«

(Holz und Glas?) Glas ist zerbrechlich.

(Teich und Fluß?) Richtig.

(3 mal 7?) 21.

(15 mal 5?) —

Status somaticus: Mittlerer Knochenbau, mäßiger Ernährungszustand, schlaffe Haut. seniler Habitus.

Gewicht 49,2 kg. Größe 1,47 m. Temperatur 37 Gr.

Starkes Ruhezittern, besonders mit den Händen und dem Unterkiefer.

Schädel: Umfang 53,5 cm. Nicht klopf- und druckempfindlich.

Augenuntersuchung (Prof, Oloff) Beiderseits Conjunctivitis. Linke Lidspalte enger als rechte.

Augenbewegungen frei.

Pupillen ohne Besonderheiten.

Reaktion auf Licht und Convergenz vorhanden.

Nystagmus vorhanden.

Augenhintergrund ohne Besonderheiten.

Gesicht symmetrisch innerviert.

Trigeminus ohne Besonderheiten.

Kein Struma.

Zunge gerade, ruhig, nicht belegt.

Nur noch einige Zahnstümpfe.

Gaumensegel gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex vorhanden.

Mechanische Muskelerregbarkeit herabgesetzt.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Vasomotorisches Nachröten schwach vorhanden.

Kniephänomen vorhanden, schwer auslösbar.

Achillessehnenreflex vorhanden.

Babinski rechts fraglich.

Lungen ohne Besonderheiten.

Herz: Töne rein.

Puls: regelmäßig, gleichmäßig, klein

Abdomen: etwas Hängebauch, schlaffe Bauchdecken, alte Striae, Druckschmerzpunkt im Epigastrium.

In den Armen leichte Steifigkeit.

Urin ohne Besonderheiten.

Der Beginn der Krankheit dürfte bei dieser Patientin kaum im wesentlichen von dem der beiden oben angeführten Fälle abweichen: Ohne besondere äußere Ursachen haben geringe Anzeichen, in diesem Fall Zittern der Hände, den Beginn der Krankheit angedeutet. Eine wesentliche Verschlimmerung ist eingetreten, als die Patientin Aufregung und Kummer zu Hause gehabt hat, und zwar hatte Patientin Sorge um ihren Mann, der sie stark vernachlässigte. In einem Punkte unterscheidet sich diese Frau von dem ersten Fall sehr: Während wir zuerst kaum eine psychische Störung wahrnehmen können, ist eine solche bei der letzten Patientin deutlich zu erkennen. Bevor wir zu unserem Fall speziell kommen, vergegenwärtigen wir uns, wie die Störungen der Psyche im allgemeinen, wenn auch selten, bei Paralysis agitans beschaffen sind. Wichtig ist, daß psychische Störungen bei der Paralysis agitans nicht die Regel sind, sondern nur hin und wieder vorkommen. Intelligenz und geistige Fähigkeiten zeigen keine Anomalien. Wo solche beschrieben sind, ist ihre Entstehungsursache wohl kaum in der Paralysis agitans zu suchen, sondern als Komplikation der Krankheit aufzufassen. Zwar ist die Stimmung meist eine schlechte, verdrießliche, unzufriedene.

Wie M e n d e l aber angibt, ist solche Stimmung nicht als pathologisch, sondern als physiologisch zu betrachten. Zum Verständnis hierfür sei angeführt: die Kranken können körperlich nicht das Geringste leisten, bedürfen Tag und Nacht der Pflege und Aufwartung, fühlen, daß sie ihrer Umgebung dauernd zur Last fallen. Dazu kommt das traurige Bewußtsein, daß alle Behandlung nichts nützt, daß die Krankheit trotzdem ihren Fortgang nimmt und nichts dafür spricht, daß sie einmal aufhören wird. Sollte eine solche traurige Gewißheit nicht die Stimmung herabdrücken? Wohl mit Recht.

Mendel geht in seiner Besprechung über diesen Punkt sogar so weit, daß er die in der Literatur beschriebenen Fälle, bei denen Euphorie, sogar Humor beobachtet wurden, als die pathologischen hinstellt und nicht die mit Hypochondrie und Mißtrauen einhergehenden, wo sich Patienten schon aus Lebensüberdruß das Leben nahmen.

Wir wenden uns nun unserer Patientin Frau M. S. zu, um zu sehen, inwiefern sie von dem normalen Krankheitsbild bei Paralysis agitans abweicht, gerade was die psychischen Störungen anbelangt. In den Angaben ihres Sohnes finden wir die Bemerkung, daß Patientin durch ihre Krankheit etwas lebensüberdrüssig geworden sei. Dies stimmt mit der oben genannten Mendel'schen Theorie überein und paßt in das Krankheitsbild der Paralysis agitans gut hinein. Dagegen fällt uns bei der Intelligenzprüfung gleich auf, daß die geistigen Fähigkeiten bei weitem hinter denen eines geistig normalen Menschen zurückbleiben. Viele der einfachsten Fragen werden nicht beantwortet und Patientin kann nicht einmal ihren Namen ordentlich schreiben. Ist diese Verminderung der geistigen Fähigkeiten auf die Paralysis agitans zu beziehen?

Diese Frage ist wohl bestimmt mit »nein« zu beantworten. Daß es sich hier um keinen ursächlichen Zusammenhang der Intelligenzverminderung mit der Paralysis agitans handelt, zeigen schon die eigenen Angaben der Patientin, die besagen, daß sie als Kind in der Schule schon schlecht gelernt habe. Es hat also lange Jahre, bevor eine Spur der Krankheit vorhanden war, eine verminderte Intelligenz bestanden. Und dies dürfte wohl ein reiner Zufall sein, daß Paralysis agitans und Intelligenzstörung gepaart sind, ein Zusammenhang zwischen beiden kann daher keinesfalls angenommen werden. Zu diesen Störungen kommen noch bei der Patientin Erregungszustände und Eifersuchtsideen ihrem Mann gegenüber. Ob letztere nun allerdings in dem Geisteszustand ihren Ursprung haben und eingebildet sind oder ob sie Berechtigung haben, ist in diesem Fall schwer zu entscheiden. Denn in den Angaben des Sohnes finden wir, daß der Mann ein liederliches Leben führte, nachts

spät oder garnicht nach Hause kam, sich um seine Frau garnicht kümmerte. Die Mutter habe wohl Grund zur Eifersucht gehabt. Dieser Punkt dürfte also kaum als psychische Störung bei der Patientin aufzufassen sein.

Dagegen bietet in dieser Hinsicht unser zweiter Krankheitsfall manches Interessante. War es im letzten Fall nicht entschieden, ob die Eifersucht als psychische Störung aufzufassen sei oder ob diese zu Recht bestand, — Erregungszustände und Intelligenzverminderung waren sicher vorhanden — so liegen bei der Patientin F. C. andererseits psychische Störungen noch charakteristischerer Art vor. Wie wir aus der Krankengeschichte ersehen, kommt Patientin mit sehr vernachlässigtem Körper in die Klinik. Es finden sich bei ihr in großen Massen pediculi capitis. Nach eigenen Angaben ist die Patientin schon in der Schule nicht gut gewesen, auch hat ihr Gedächtnis mit der Zeit nachgelassen. Diese Unordentlichkeit und Unsauberkeit, seniler Habitus, gepaart mit Nachlassen der geistigen Fähigkeiten: diese Symptome lassen uns das Bild der senilen Demenz vor Augen treten und zwar eine Dementia senilis auf imbeciller Basis. Denn die geistigen Fähigkeiten sind bei der Patientin nie groß gewesen und, wie oben erwähnt, gibt Patientin selbst an, in der Schule ziemlich »dämlich« gewesen zu sein. Und bei der jetzigen Intelligenzprüfung zeigen sich deutliche Lücken in ihrer Auffassungs- und Gedächtnisfähigkeit: die leichtesten Rechenexempel werden zum großen Teile falsch gelöst und auf die einfachsten Fragen wird verkehrt geantwortet. Waren beim ersten Fall die psychischen Störungen nur wenig wahrzunehmen, zeigte sich beim dritten Fall nur eine Erregung, so gestaltete sich in dieser Hinsicht das Krankheitsbild bei der zuletzt beschriebenen Frau F. C. ganz anders: eine senile Demenz auf imbeciller Basis.

Wir hätten nun die Frage über den Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Psychosen zu erörtern; besteht ein solcher Zusammenhang überhaupt oder laufen beide nebeneinander her?

M e n d e l stellt die Frage auf, ob die Paralysis agitans

an sich die Ursache einer Psychose sein kann, ob die der Schüttellähmung zu Grunde liegenden organischen Läsionen in einzelnen Fällen — etwa auf die Hirnrinde übergreifend, — auch zu schweren psychischen Störungen führen können oder ob die des öfteren bei Paralyse agitans beschriebenen Psychosen lediglich eine Komplikation des Leidens darstellen. Er fährt dann fort: Diese Frage wird so lange mit Sicherheit nicht beantwortet werden, so lange wir noch über die pathologische Anatomie und Pathogenese der Schüttellähmung einerseits, der sogen. funktionellen Psychosen andererseits im Unklaren sind. Mendel kommt daher zu dem Schluß, daß man bis dahin richtig tue, die beobachteten Psychosen nicht als zum Krankheitsbild gehörig, sondern als Komplikation anzusehen.

Sehen wir uns weiter in der Literatur um, was die Autoren über den Zusammenhang zwischen Psychosen und Paralysis agitans meinen. König führt einige Beispiele an. Parkins selbst hat in seiner grundlegenden Schrift über die Paralysis agitans von psychischen Störungen nichts erwähnt. Erst lange Jahre nachher hat Ball darauf hingewiesen, daß dieselben in ihrer Intensität parallel mit den Bewegungsstörungen einhergingen. Wollenberg will eigentliche psychische Störungen nicht als zu dem eigentlichen Krankheitsbilde gehörig betrachten, sondern faßt dieselben lediglich als Komplikationen auf. Auch Praut ist nicht der Anschauung Ball's, daß die psychischen Störungen gewissermaßen Hand in Hand mit der Intensität der motorischen Erscheinungen gehen. König selbst schließt sich dieser Meinung an, da das zeitliche Zusammentreffen gesteigerter krankhafter Erregung und Verstärkung der Bewegungsstörung an sich nichts Bemerkenswertes enthält, was auf einen besonderen inneren Zusammenhang schließen ließe. Wir wenden uns hiernach wieder unseren Krankheitsfällen zu, um zu untersuchen, ob sie uns eine Antwort auf die oben gestellte Frage geben können: Besteht ein innerer Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Psychosen, oder laufen beide Krankheitsbilder nebeneinander her?

Der erste Fall bietet nichts Wesentliches für die Be-

antwortung der Frage, desto mehr dagegen der der Frau F. C. Bei ihr besteht eine — wie wir gesehen haben — senile Demenz auf imbeziller Basis. Die Frau ist ihr Leben lang von Kindheit an mit geringen geistigen Fähigkeiten begabt gewesen. Auf der Grundlage der Imbecillität hat sich die senile Demenz gebildet, hängen also fest mit einander zusammen. Da ist plötzlich in ihrem Leben ein Ereignis eingetreten, das sie in große Aufregung versetzte, ein Brand in dem Hause, das sie bewohnte. Sie ist angeblich vom Blitz getroffen worden. Von da an datiert der Beginn der Paralysis agitans mit den charakteristischen Symptomen. Also zu einer Zeit, in der senile Demenz und Imbecillität schon bestanden haben.

Die Erregungszustände bei der Frau A. S., die sich in Eifersuchtsideen gegen ihren Mann äußern, haben nach den Angaben ihres Sohnes ihre volle Berechtigung. Der Mann hat seine Frau gänzlich vernachlässigt, ihrer Person und Krankheit keine Beachtung geschenkt und sich nachts herumgetrieben. Da kann es keiner Wunder nehmen, wenn sich die Frau darüber aufregt und auf den Gedanken kommt, er laufe anderen Weibern nach. Die logische Folge hiervon dürften auch die Eifersuchtsideen der Frau sein. Die nervösen Erregungszustände, wenn man solche als Psychose auffassen will, bestehen aber schon 7 Jahre vor Beginn der Paralysis agitans, also zu einer Zeit, wo diese noch mit keinem Symptom ihr Kommen oder Dasein anzeigte. Aus dem Gesagten geht, glaube ich, mit Deutlichkeit hervor, daß die erwähnten Psychosen weder Folgen der Paralysis agitans sind, noch in innerem Zusammenhang mit ihr stehen. Man möchte versucht sein, an einen solchen zu denken, wenn der Beginn der Schüttellähmung mit dem der psychischen Störungen zusammenfiele. Auch das ist bei diesem Falle nicht einmal zutreffend. Denn einmal sind die psychischen Störungen bis in die Kindheit zu verfolgen, die Schüttellähmung tritt erst mit 61 Jahren auf. Andererseits liegen zwischen Beginn der Bewegungsstörungen und dem der Psychose, wenn man überhaupt von solchen sprechen will, ein Zeitraum von 7 Jahren. Ein innerer Zu-

sammenhang zwischen beiden dürfte sich kaum nachweisen lassen. Und wir kommen zu dem Schluß, daß beide, psychische und Bewegungsstörungen, nebeneinander herlaufen, ohne ursächlich miteinander etwas zu tun zu haben.

So gut wir die Paralysis agitans aus ihren Charakteristischen Symptomen diagnostizieren können, so wenig wissen wir über den Zusammenhang von Paralysis agitans und Psychosen und können daher nur Vermutungen aussprechen, bezw. von Fall zu Fall entscheiden, ob wir diesen Zusammenhang annehmen wollen oder nicht. Aufschluß über diese Frage könnte uns vielleicht die pathologische Anatomie geben. Auch sie hat trotz mannigfacher Versuche nicht vermocht, Licht in das Dunkel zu bringen. Auf die Forschungen der pathologischen Anatomie und Psychosen soll hier nicht näher eingegangen werden.

Der Hauptzweck dieser Arbeit war, etwas über die Ursachen der Paralysis agitans bekannt zu geben, ferner an Beispielen zu erörtern, daß die häufig bei Paralysis agitans vorkommenden Psychosen in ihrer Entstehung nichts mit dieser selbst zu tun haben, sondern daß beide unabhängig von einander bestehen.

* * *

Dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling spreche ich an dieser Stelle meinen ergebensten Dank für die freundliche Auswahl des Themas und die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichten aus.

Literatur.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II, S. 1495 u. f.

Mendel: Die Paralysis agitans, Menographie.

Bendix: Paralysis agitans sine agitatione. Deutsche Wochenschrift 1904, S. 1405.

König: Zur Psychopathie der Paralysis agitans. Archiv f. Psychiatrie 1913, Bd. 50, S. 286 und 287.

Lebenslauf.

Am 21. März 1891 wurde ich, Dietrich Gustav Waldemar Andree, als Sohn des verstorbenen Kaufmannes Andree und seiner Frau Bertha, geb. Plate, zu Hamburg geboren. Ich bin evang. Konfession. Drei Jahre besuchte ich die Vorschule der Eilbecker Realschule in Hamburg, dann neun Jahre das Matthias-Claudius-Gymnasium zu Wandsbek, wo ich Ostern 1910 das Zeugnis der Reife erwarb. Meiner Militärpflicht genügte ich im Sommerhalbjahr 1910 zu Tübingen, studierte dann zwei Semester daselbst, drei in Freiburg. Hier bestand ich im März 1913 die ärztliche Vorprüfung und studierte dann weiter in Kiel, Berlin und Kiel. Anfang August wurde ich als Feldunterarzt einberufen und Juni 1916 zum Feldhilfsarzt ernannt. Von November 1916 bis Januar 1917 wurde ich nach Kiel zur Erledigung des zehnten Studiensemesters und zur Ablegung der ärztlichen Staatsprüfung beurlaubt, welche ich am 23. Januar 1917 bestand.